

THE JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS

INFORME DE CAMPO NÚMERO 4

*La Salud Reproductiva Está en Tus Manos:*  
Impacto de la Campaña del Programa  
Nacional de Salud Reproductiva  
de Bolivia

*Thomas W. Valente  
Walter P. Saba  
Alice Payne Merritt  
Michelle L. Fryer  
Tessa Forbes  
Ariel Pérez  
Luis Ramiro Beltrán*

*Febrero de 1996*

---

*Spanish edition.  
The paper in English  
begins after page 38.*

---

*Citación Sugerida:*

Valente, T. W., Saba, W. P., Payne Merritt, A., Fryer, M. L., Forbes, T., Pérez, A., y Beltrán, L. R., La Salud Reproductiva Está en Tus Manos: Impacto de la Campaña del Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Febrero de 1996.

*Ilustración de la portada:*

Las Manitos, logo del Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (ver la página 5).

Esta publicación se podría copiar sin permiso siempre y cuando el material sea distribuido gratuitamente y acredite a Johns Hopkins Center for Communication Programs. Las opiniones expresadas en este informe son aquellas de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de las agencias financiadoras.

Preparado por Johns Hopkins Center for Communication Programs con el apoyo principal de United States Agency for International Development bajo el proyecto Population Communication Services (DPE 3052-A-00-014-00).



## Agradecimientos

El éxito de la campaña sobre planificación familiar en Bolivia se atribuye en gran parte al esfuerzo conjunto de los representantes del Subcomité de Información, Educación y Comunicación (IEC) del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR).

Agradecemos de manera especial al presidente del Subcomité, Ramiro Claire. De igual forma, a los representantes de la Agencia para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development - USAID) y en particular a Earl Lawrence, Elba Mercado y Sigrid Anderson, por su apoyo al programa y al trabajo de Population Communication Services en Bolivia.

El presente informe fue preparado por Thomas W. Valente, Oficial de Investigación y Evaluación, Walter P. Saba, Oficial de Programas de la División para América Latina, Alice Payne Merritt, Jefa de la División para América Latina, Michelle L. Fryer, Oficial Mayor de Programas de la División para América Latina, y Tessa Forbes, Estudiante en Práctica de la División de Investigación y Evaluación del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins (JHU/CCP). Los representantes locales de JHU/CCP que participaron en la preparación de este informe son Ariel Pérez, Coordinador Local, y Luis Ramiro Beltrán, Consejero Regional de Comunicación. Los descubrimientos y conclusiones que se presentan en este informe son las interpretaciones de los autores en base a la información que se tuvo disponible. Johanna Zacharias, Gary Lewis y Kristina Samson revisaron los distintos borradores. Faith Forsythe preparó el manuscrito para su publicación.

El principal financiamiento para este proyecto y para la preparación de este informe fue otorgado bajo el Acuerdo Cooperativo DPE-3052-A-00-0014-00 con el apoyo de la Oficina de Población y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en Bolivia.

Dra. Phyllis Tilson Piotrow  
Directora  
Center for Communication Programs  
Services  
Johns Hopkins University

José G. Rimon, II  
Director del Proyecto  
Population Communication

Johns Hopkins University

Febrero 1996



# Índice de Contenidos

(English edition begins afer page 38)

Agradecimientos .....	iii
Resumen .....	vii
Capítulo I. ANTECEDENTES .....	1
Trasfondo Demográfico de Bolivia .....	1
Antecedentes de la Campaña .....	2
Capítulo II. LA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA .....	5
Descripción del Proyecto .....	5
Audiencia Primaria .....	5
Objetivos de la Campaña .....	5
Investigación Formativa .....	6
Estrageia de la Campaña .....	6
Pretesteo y Diseño del Mensaje .....	7
Capítulo III. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA .....	9
Diseño de la Evaluación .....	9
Características de la Muestra .....	10
Exposición de la Campaña .....	10
Recuerdo Espontáneo del Mensaje .....	11
Fuentes de Información Sobre Salud Reproductiva .....	12
Recuerdo de los Spots .....	14
Reconocimiento del Logo .....	16
Conocimiento .....	16
Comunicación .....	19
Motivación para Buscar Servicios de Salud Reproductiva .....	21
Práctica .....	22
Capítulo IV. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES .....	25
Apéndice A. Descripción de los Spots de Radio y Televisión .....	29
Apéndice B. Mensajes de la Campaña .....	32
Apéndice C. Programación de Transmisiones de Spots de la Campaña .....	33
Apéndice D. Imágenes de TV Spots de la Campaña .....	34
Apéndice E. Muestra del Logos .....	35
Apéndice F. Preguntas Sobre Conocimiento Detallado .....	36
Apéndice G. Frases Actitudinales .....	37

## Tablas

Tabla 1.	Población en Siete Areas Urbanas de Bolivia (1994) .....	1
Tabla 2.	Características Demográficas de los Bolivianos (1994) .....	1
Tabla 3.	Porcentaje de Mujeres que Usan Métodos Modernos y Tradicionales de Planificación Familiar .....	3
Tabla 4.	Las Tres Fases de la Campaña del PNSR 1994 .....	7
Tabla 5.	Tamaño de Muestra de la Encuesta, por Ciudad .....	9
Tabla 6.	Distribución Porcentual de Características Demográficas de Encuestados .....	10
Tabla 7.	Porcentaje de Encuestados que Recordaron Espontáneamente Mensajes Radiales o Televisivos de la Campaña .....	12
Tabla 8.	Distribución Porcentual de Fuentes Reportadas de Información Sobre Salud Reproductiva .....	13
Tabla 9.	Porcentaje que Busca Servicios de Salud Reproductiva .....	21
Tabla 10.	Porcentaje de Nuevos Adoptantes de Planificación Familiar .....	24

## Cuadros

Cuadro 1.	Porcentaje de Encuestados que Pudieron Recordar Espontáneamente al Menos Un Mensaje de la Campaña, .....	11
Cuadro 2.	Número Promedio de Mensajes de la Campaña Recordados con Ayuda .	13
Cuadro 3.	Número Promedio de Spots Televisivos Recordados con Ayuda .....	14
Cuadro 4.	Porcentaje de Encuestados que Recordaron Espontáneamente Spots Radiales, Televisivos, o Ambos .....	15
Cuadro 5.	Distribución Porcentual de Reconocimiento del Logo .....	16
Cuadro 6.	Puntajes Promedio del Conocimiento de los Encuestados Sobre Medidas Preventivas de Salud Reproductiva .....	17
Cuadro 7.	Porcentaje de Encuestados Conocedores de Algún Método Moderno ...	18
Cuadro 8.	Puntajes Promedio de las Actitudes de los Encuestados Hacia la Salud Reproductiva .....	19
Cuadro 9.	Distribución Porcentual de Comunicación Interpersonal Sobre Salud Reproductiva .....	20
Cuadro 10.	Porcentaje de Encuestados que Discutieron con sus Parejas Sobre Prevención del Embarazo en los Seis Meses Anteriores .....	21
Cuadro 11.	Porcentaje de Encuestados que Buscan Información Sobre Planificación Familiar .....	22
Cuadro 12.	Escala de Intención para Usar la Planificación Familiar .....	23
Cuadro 13.	Porcentaje que Declaró Intención de Comenzar o Continuar el Uso de Métodos Anticonceptivos en el Futuro .....	23
Cuadro 14.	Porcentaje de Nuevos Adoptantes de Planificación Familiar .....	24
Cuadro 15.	Distribución Porcentual de Jerarquía de Efectos de la Campaña .....	26

## Resumen

Bolivia tiene una gran necesidad de mejorar su salud reproductiva y un alto nivel de “necesidades no satisfechas” de planificación familiar. (El término “necesidad no satisfecha” se aplica a mujeres sexualmente activas o parejas quienes desean espaciar o limitar los nacimientos pero no practican la planificación familiar.) Tanto la fertilidad como la mortalidad infantil son más altos en Bolivia que en la mayoría de otros países latinoamericanos. Aunque la tasa general de mortalidad infantil es de cerca de 60 muertes por cada 1,000 nacimientos, dicha tasa es de casi el doble en algunas regiones rurales del país. El 47% de las mujeres bolivianas que dan a luz nunca reciben cuidado prenatal, y el 57% de los nacimientos ocurren en hogares, comúnmente sin ayuda de un trabajador de salud. Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 1994 (EDS), el 25% de las mujeres bolivianas en unión (incluyendo matrimonios y convivientes) tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar.

En respuesta a estas necesidades, el gobierno boliviano creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) para mejorar la salud reproductiva. Contando con la asistencia técnica de Johns Hopkins University/Population Communication Services (JHU/PCS) y con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la campaña de medios del PNSR fue lanzada desde Abril hasta Noviembre de 1994. La campaña promovió los servicios de salud reproductiva a través de una serie de spots radiales y televisivos con mensajes sobre planificación familiar, espaciamiento de nacimientos, cuidado prenatal y postnatal, lactancia materna y prevención del aborto. La audiencia blanco incluyó mujeres y hombres de clases media y baja de edades 18 a 35 años.

Con el fin de evaluar la efectividad de la campaña, se recolectó información antes y después del lanzamiento la campaña. La encuesta de línea de base, llevada a cabo entre Enero y Febrero de 1994, consistió en una muestra probabilística nacional de corte seccional de unidades domésticas de clase media y baja incluyendo 2,256 hombres y mujeres de edades 15 a 49 en siete áreas urbanas de Bolivia—La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz, Sucre, Oruro y Tarija. La mayor parte de la evaluación se enfocó en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. En estas cuatro ciudades los spots fueron transmitidos con mayor frecuencia y en más canales que en las otras áreas. El análisis también enfocó en mujeres de edades 18-35 quienes constituyeron la audiencia blanco. Con el fin de medir el impacto de la campaña, en Noviembre de 1994 se seleccionó una segunda muestra probabilística nacional de corte seccional de unidades domésticas entre 2,354 hombres y mujeres en siete áreas urbanas. El cuestionario de impacto fue elaborado en base a modificaciones hechas al cuestionario de línea de base con el fin de que éste pudiera medir los niveles de exposición y recuerdo de mensajes.

Los niveles de exposición a la campaña y recuerdo de mensajes fueron muy altos—casi todos los bolivianos reportaron saber algo sobre algún elemento de la campaña. Con el fin de medir la efectividad de la campaña, los sujetos de la encuesta de seguimiento fueron divididos en dos categorías: alta exposición y baja exposición. Los encuestados con alta exposición fueron definidos como aquellos que recordaron en forma espontánea al menos un mensaje de la campaña, y, con ayuda, más del número promedio de mensajes de la campaña.

La encuesta de análisis de impacto halló que 85% de los encuestados fueron expuestos a la campaña. Esta alta tasa de exposición produjo un impacto sustancial en los niveles de información, conocimiento y cambio de comportamiento en cuanto a la salud reproductiva.

**Información.** Entre los resultados más importantes de la campaña del PNSR, se dió un incremento en el nivel de información sobre los métodos de planificación familiar, fuentes de información sobre planificación familiar y reconocimiento del logo de la campaña. El porcentaje de encuestados que pudieron recordar espontáneamente al menos un método de planificación familiar se incrementó sustancialmente entre el cuestionario de línea de base y el cuestionario de seguimiento. Durante el período de 10 meses entre ambas encuestas el nivel de información se incrementó de 84% a 91% entre los encuestados de alta exposición en las cuatro ciudades principales. En general, el 97% de encuestados post-campaña en las cuatro ciudades principales dijeron reconocer el logo del PNSR; solamente el 57% de encuestados lo pudieron reconocer en la encuesta de línea de base. También se dió un incremento de 24% a 66% en el número de encuestados que citaron la televisión como fuente de información sobre salud reproductiva en las cuatro ciudades principales. La radio como fuente de información se incremento en un 4%.

**Conocimiento.** No se hallaron incrementos significativos en cuanto a conocimiento detallado de planificación familiar ni en cuanto a actitudes positivas hacia la misma. No obstante, la provisión de conocimiento detallado no fue una prioridad de la campaña. De todas las preguntas de conocimiento planteadas, los encuestados obtuvieron puntajes más bajos en las preguntas sobre métodos modernos de planificación familiar. Aunque la actitud hacia la salud reproductiva era generalmente bastante favorable entre mujeres de edades 18 a 35 en las ciudades blanco, también se halló un incremento pequeño pero estadísticamente significativo de 86% a 91% entre aquellos que tuvieron una alta exposición a la campaña.

No obstante, se halló un mayor cambio significativo en cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas de salud reproductiva tales como el cuidado prenatal y la duración y consistencia de la lactancia materna. En las cuatro ciudades principales, el puntaje promedio sobre conocimiento de salud preventiva se incrementó de 19% en la

línea de base a 24% en la encuesta de seguimiento entre aquellos encuestados con baja exposición, y a un 32% entre aquellos con alta exposición a la campaña.

**Comportamiento.** También se hallaron cambios significativos en cuanto a la comunicación interpersonal y el uso de planificación familiar. Aunque el nivel de cambio en comunicación sobre salud reproductiva entre parejas no se incrementó como resultado de la campaña, sí se dieron incrementos en la comunicación con amigos, parientes y proveedores de servicios de salud. Asimismo, el porcentaje de mujeres de edades 18 a 35 que reportaron haber hablado con alguien (aparte de sus parejas) sobre salud reproductiva en los seis meses anteriores, se incrementó de 71% en la línea de base a 82% en la encuesta de seguimiento entre aquellas con alta exposición a la campaña.

En la encuesta de seguimiento, una mayor proporción de hombres expresó intención de comenzar o continuar el uso de la planificación familiar. Comparado con un 25% de la encuesta de línea de base, en la encuesta de seguimiento un 60% de hombres respondió con un *definitivamente sí* a la pregunta "¿Tiene intenciones usted de usar o continuar usando un método en el futuro?" El porcentaje de nuevos adoptantes de planificación familiar—aquellos que empezaron en los ocho meses anteriores—también fue significativamente mayor en la encuesta de seguimiento. En las cuatro ciudades principales, el uso de planificación familiar entre aquellos con alta exposición a la campaña se incrementó de 5.4% a 8.7%. Este incremento de 3.3 puntos porcentuales significa un incremento de 61% en la tasa de uso reportado de planificación familiar. Entre las mujeres de edades 18 a 35 con alta exposición en dichas ciudades, la proporción de nuevos usuarios se incremento de 9.1% a 13.0%.

La evaluación reveló que aún persisten los malentendidos sobre los detalles de métodos de planificación familiar, y que se necesita investigar más sobre la comunicación entre parejas.

**Recomendaciones.** Los resultados positivos de esta evaluación constituyen un buen argumento para expandir la campaña a otras áreas urbanas que recibieron poca o ninguna exposición a la campaña. Tres aspectos de la campaña que deben ser considerados en futuros programas incluyen:

- La eficacia de la comunicación en idiomas indígenas;
- El posicionar la planificación familiar dentro del contexto de la salud reproductiva para atraer atención y estimular la aceptación de los mensajes de la campaña; y
- La importancia de dirigir la educación en salud reproductiva hacia audiencias masculinas.

# Capítulo I. Antecedentes

## Trasfondo Demográfico de Bolivia

La población de Bolivia es de aproximadamente 7.2 millones de habitantes. Cerca de la mitad de esta población se halla concentrada en siete áreas urbanas (ver Tabla 1). De estas siete ciudades, las cuatro primeras—La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba—fueron los puntos focales de la campaña de salud reproductiva; estas ciudades recibieron el grueso de transmisiones de la campaña.

**Tabla 1.**  
**Población en Siete Áreas Urbanas de Bolivia (1994)**

<b>Ciudad</b>	<b>Población</b>
La Paz/El Alto <sup>a</sup>	1'194,000
Santa Cruz	982,000
Cochabamba	580,000
Oruro	222,000
Sucre	159,000
Tarja	80,000
<b>Total</b>	<b>3'217,000</b>

FUENTE: PC Globe Brøderbund Sdeware, Inc., 1993.

NOTA: <sup>a</sup> La Paz y El Alto pertenecen a la misma área metropolitana. Aquí se mencionan combinadas sólo como referencia, pero no van juntas en el diseño de la evaluación.

Aunque la población urbana ha crecido rápidamente, el porcentaje de habitantes en áreas rurales aún representa el 43% del total (ver Tabla 2). La religión predominante es la Católica, practicada por el 92% de la población. El idioma dominante es el castellano mientras que el Quechua y Aymara son hablados por las dos principales minorías étnicas del país.

**Tabla 2.**  
**Características Demográficas de los Bolivianos (1994)**

<b>Característica</b>	<b>Porcentaje de Residentes</b>
<b>Residencia</b>	
Urbana	57
Rural	43
<b>Religión</b>	
Católica	92
Otra	8
<b>Idioma</b>	
Castellano	73
Quechua	16
Aymara	10
Otro	1

FUENTE: PC Globe Brøderbund Sdeware, Inc., 1993.

Bolivia tiene una necesidad de mejorar su salud reproductiva y de reducir las “necesidades no satisfechas” de planificación familiar. (El término “necesidad no satisfecha” se aplica a mujeres sexualmente activas o parejas quienes desean espaciar o limitar los nacimientos pero no practican la planificación familiar.) Tanto la fertilidad como la mortalidad infantil son más altos en Bolivia que en la mayoría de los países latinoamericanos. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994 (EDS), la tasa general de mortalidad infantil es de cerca de 60 muertes por cada 1,000 nacidos vivos; dicha tasa es de casi el doble en algunas regiones rurales del país. El 47% de las mujeres bolivianas que dan a luz no reciben cuidado prenatal, y el 57% de los nacimientos ocurren en hogares, comúnmente sin ayuda de un trabajador de salud. Los datos de la EDS de 1994 también revelan que el 25% de las mujeres bolivianas en unión tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar, tanto para espaciar así como para limitar los nacimientos. Aunque la tasa general de fertilidad en Bolivia ha declinado de 6.5 a 4.8 hijos por mujer durante las últimas dos décadas, la tasa de fertilidad aún excede los niveles deseados.

## **Antecedentes de la Campaña**

La encuesta de línea de base previa a la campaña del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) analizó las tasas de uso de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales (ver Tabla 3). El dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el método moderno de mayor prevalencia, siendo usado por 10.3% de las mujeres encuestadas, seguido por el condón, la píldora y la esterilización femenina. El método del ritmo era el método tradicional prevalente, practicado por 16.5% de mujeres en la muestra del PNSR. El 30.9% de mujeres en la encuesta de línea de base reportaron usar métodos modernos mientras que un 22.1% dijo usar métodos tradicionales. Del 16.5% de mujeres que reportaron estar usando el método del ritmo, un 39% no pudo identificar el "período de riesgo" de embarazo en el ciclo menstrual.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) de Bolivia se estableció en 1990 con el fin de tratar el problema de la mortalidad materno-infantil y de satisfacer las necesidades no satisfechas de planificación familiar. Las metas del PNSR eran:

- Promover prácticas reproductivas saludables;
- Mejorar la provisión de servicios; e
- Incrementar la aceptación de métodos modernos de planificación familiar.

**Tabla 3.**  
**Porcentaje de Mujeres que Usan Métodos Modernos y**  
**Tradicionales de Planificación Familiar. Bolivia, 1994**

<b>Método</b>	<b>Mujeres Urbanas (edades 15-49)</b>
<b>Moderno</b>	
Cualquier método moderno	30.9
Condón	11.6
DIU	8.9
Píldora	4.7
Esterilización femenina	2.7
Inyectables	2.0
Espermicida	1.0
Esterilización masculina	0.1
<b>Tradicional</b>	
Cualquier método tradicional	22.1
Ritmo	19.4
Retiro	1.5
Abstinencia periódica	1.1
Otro	0.1

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTA: N=2,256

Un aspecto esencial del programa consistió en capacitar al Subcomité IEC del PNSR en el desarrollo e implementación de intervenciones de comunicación en salud así como en implementar una campaña de medios dirigida a incrementar el nivel de información de la población sobre salud reproductiva y generar demanda de servicios. Los objetivos de la estrategia de comunicación incluyeron la promoción del espaciamiento de nacimientos, planificación familiar, cuidados prenatal y postnatal, lactancia materna y la prevención de abortos en condiciones de riesgo.



## Capítulo II. El Programa Nacional de Salud Reproductiva

### Descripción del Proyecto

La campaña de medios tenía como finalidad explicar el concepto de salud reproductiva, disseminar información sobre los beneficios de practicar la salud reproductiva y motivar a la población a buscar información y servicios en centros de salud. El logo *Las Manitos* se presentó en spots televisivos y se mencionó en spots radiales y en afiches con el fin de proveer consistencia y facilitar la identificación de todos los mensajes. La intervención de comunicación incluyó 11 spots televisivos y 44 spots radiales transmitidos entre Abril y Noviembre de 1994. Además, se distribuyeron 100,000 copias de dos afiches, se produjeron tres videos para uso en salas de espera de centros de salud, se desarrolló un paquete comprehensivo de materiales impresos para ser usados por proveedores de salud y sus clientes y se crearon y distribuyeron cuatro audio-cassettes sobre temas de salud reproductiva para ser transmitidos en autobuses urbanos.



Las Manitos, logo del PNSR de Bolivia

### Audiencia Primaria

La audiencia blanco de la campaña incluyó a mujeres y hombres de edades 18 a 35 de clases media y baja en cuatro ciudades principales—La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba. Debido a que las cadenas radiales y televisivas nacionales transmitieron los mensajes, también se reportó niveles de exposición a la campaña en otras ciudades no prioritarias para la campaña (Tarija, Sucre y Oruro).

### Objetivos de la Campaña

Los objetivos específicos de la campaña fueron los de incrementar lo siguiente:

- Recuerdo de la campaña,
- Reconocimiento del logo de la campaña,

- Conocimiento de por lo menos un beneficio de la salud reproductiva,
- Conocimiento sobre dónde obtener servicios de planificación familiar,
- Actitudes positivas hacia la salud reproductiva,
- Comunicación entre parejas sobre salud reproductiva,
- Intención de obtener servicios de salud reproductiva, y
- Uso de servicios de salud reproductiva en centros salud.

## **Investigación Formativa**

La investigación formativa se condujo con el fin de entender el contexto de la toma de decisiones sobre planificación familiar en Bolivia. La investigación formativa consistió principalmente en sesiones de grupos focales; las sesiones se condujeron en grupos separados por género y por edad. Se condujo un total de 16 sesiones de grupos focales. Dichas sesiones revelaron que:

- Los participantes asociaban la salud reproductiva con una variedad amplia de servicios,
- El término planificación familiar tenía una serie de connotaciones negativas, y
- Existían malentendidos y falta de información en cuanto al conocimiento de métodos de planificación familiar.

Tomando en consideración estos resultados, se decidió que el presentar la planificación familiar como una parte de la salud reproductiva era una buena estrategia de posicionamiento de la planificación familiar.

## **Estrategia de la Campaña**

La campaña del PNSR se condujo en tres fases en 1994 (ver Tabla 4). La Fase I (Mayo-Junio) tuvo como objetivo introducir el concepto de salud reproductiva, introducir el logo y proveer información general. La Fase II (Julio-Agosto) enfatizó los spots informativos sobre los varios componentes de la salud reproductiva: cuidado prenatal, planificación familiar, cuidado postnatal, lactancia materna y aborto. Dichos spots presentaron a profesionales de salud en el contexto de sus clínicas y centros de salud. Los spots de la Fase III (Septiembre-Noviembre) presentaron testimonios de usuarios

satisfechos con los servicios de salud reproductiva. (El Apéndice A presenta información sobre el contenido de spots específicos.)

**Tabla 4.**  
**Las Tres Fases de la Campaña del PNSR 1994**

<b>Fase</b>	<b>Spots de Radio y Televisión</b>
<b>Fase I</b> (Mayo-Junio) Introducción general	Ministerio de Salud Introducción a la salud reproductiva Promoción de la salud reproductiva
<b>Fase II</b> (Julio-Agosto) Explicación de los componentes de la salud reproductiva	Métodos de planificación familiar Promoción de cuidado prenatal Prevención del aborto Promoción de cuidado postnatal Información sobre lactancia materna
<b>Fase III</b> (Septiembre-Noviembre) Fase de reafirmación con testimonios de usuarios satisfechos	Testimonios sobre planificación familiar Testimonios de cuidado prenatal Testimonios de cuidado postnatal

## Pretesteo y Diseño de Mensajes

A comienzos de 1994, antes que los materiales fueran completados y puestos en uso, se pretestearon cuatro "animatics" televisivos, cinco spots radiales y un afiche. El pretesteo se condujo en un auditorio con una muestra de 147 hombres y mujeres (cerca de 50 personas por ciudad de La Paz/El Alto, Santa Cruz y Cochabamba). Luego de ver los animatics, la audiencia participante en el pretest completó un cuestionario que incluía preguntas específicas sobre lo que habían visto y escuchado. Los resultados indicaron que los participantes gustaron de los materiales y que los pudieron entender. Sus sugerencias de cambios para el diseño del afiche y del slogan de la campaña fueron tomadas en cuenta durante el proceso de revisión.

A continuación se diseñaron los mensajes de la campaña, los cuales enfatizaron el después cuidado preventivo de la salud reproductiva, incluyendo visitas prenatales, cuidado del parto y la planificación familiar como una manera de evitar el aborto y de permitir a las parejas escoger cuándo concebir y cuántos hijos tener. El concepto de salud reproductiva se enmarcó en términos de la salud de toda la familia. Los mensajes indicaron a la audiencia adónde ir para conseguir servicios de salud reproductiva y enfatizaron la responsabilidad personal en la obtención de servicios beneficiosos para toda la familia.

Las poblaciones Quechua y Aymara combinadas representan el 26.5% de la población boliviana. Por tanto, los spots radiales fueron traducidos a los dos idiomas más comúnmente hablados por dichas poblaciones—Quechua y Aymara—y también se adaptaron tomando en consideración sus respectivas características culturales. Antes de la difusión regional se utilizaron entrevistas en grupos focales para validar las adaptaciones de dichos spots radiales. (El Apéndice B presenta los mensajes específicos de la campaña. El Apéndice C muestra la programación de la transmisión de spots radiales y televisivos en La Paz/El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, y detalla el número de transmisiones semanales de cada spot por cada mes de la campaña. El Apéndice D muestra imágenes de los spots televisivos.)

## Capítulo III. Resultados de la Evaluación de la Campaña de Medios

### Diseño de la Evaluación

**Encuesta de línea de base.** Como parte de su asistencia técnica al programa, Johns Hopkins Population Communication Services (JHU/PCS) desarrolló un cuestionario de preguntas abiertas y dirigidas con el fin de recolectar información sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la salud reproductiva y a la planificación familiar. La encuesta se condujo utilizando una muestra probabilística nacional urbana de unidades domésticas comprendida por hombres y mujeres de edades 18 a 35 en siete áreas urbanas de Bolivia—La Paz, El Alto, Santa Cruz, Cochabamba, Oruro, Tarija y Sucre. Los datos de línea de base fueron recolectados en Febrero de 1994. Se contrató a Encuestas & Estudios, una firma boliviana de investigación de mercados, para conducir el trabajo de campo para la encuesta de línea de base y la encuesta de seguimiento.

**Encuesta de seguimiento.** En Noviembre de 1994, una segunda muestra probabilística similar a la de la línea de base fue seleccionada en las siete áreas urbanas, la cual consistió de 2,354 hombres y mujeres de edades 15 a 49. El cuestionario de seguimiento fue diseñado con el fin de evaluar el impacto de la campaña. Así, las variables clave tales como la información sobre métodos, intención de usar anticonceptivos y el inicio de uso de nuevos anticonceptivos fueron comparadas en las encuestas de línea de base y en la de seguimiento. La Tabla 5 muestra el número de entrevistados en ambas encuestas.

**Tabla 5.**  
**Tamaño de Muestra de la Encuesta, por Ciudad:**  
**Bolivia, 1994**

Ciudad	Línea de Base	Seguimiento	Total
La Paz	567	589	1,156
El Alto	334	331	665
Cochabamba	380	374	754
Santa Cruz	439	532	971
Sucre	176	196	372
Tarija	176	142	318
Oruro	184	190	374
<b>Total</b>	<b>2,256</b>	<b>2,354</b>	<b>4,610</b>

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

## Características de la Muestra

Existieron diferencias menores entre las características de los sujetos entrevistados en la encuesta de línea de base y en la de seguimiento. En la muestra de la encuesta de seguimiento, los sujetos fueron ligeramente más afluentes, mejor educados y más jóvenes; dicha muestra también incluyó una mayor proporción de estudiantes en relación a la muestra de línea de base (ver Tabla 6). El nivel de exposición a la campaña en las cuatro ciudades principales estuvo asociado en forma significativa con el género, la educación y la edad de los sujetos; aquellos con una exposición más alta tendieron a ser mejor educados, mujeres y ligeramente más jóvenes. En los siguientes análisis se tomó la educación, género y edad como variables de control.

**Tabla 6.**  
**Distribución Porcentual de Características**  
**Demográficas de Encuestados, Bolivia, 1994**

<b>Característica Demográfica</b>	<b>Línea de Base</b> (N=2,256)	<b>Seguimiento</b> (N=2,354)
<b>Género*</b>		
Masculino	49.0	41.0
Feminino	51.0	59.0
<b>Ciudad</b>		
La Paz	25.1	25.0
El Alto	14.8	14.1
Santa Cruz	19.5	22.6
Cochabamba	16.8	15.9
Sucre	7.8	8.3
Oruro	8.2	8.1
Tarija	7.8	6.0
<b>Educación</b>		
Ninguna	3.4	2.5
Básica	16.4	14.5
Intermedia	15.7	15.8
Media	38.9	41.4
Técnica	7.5	7.7
Universitaria	18.0	18.0
<b>Edad*</b>		
18-25	35.3	40.5
26-35	36.3	33.3
36-45	26.4	25.6

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTA: \* p<0.01

## Exposición a la Campaña

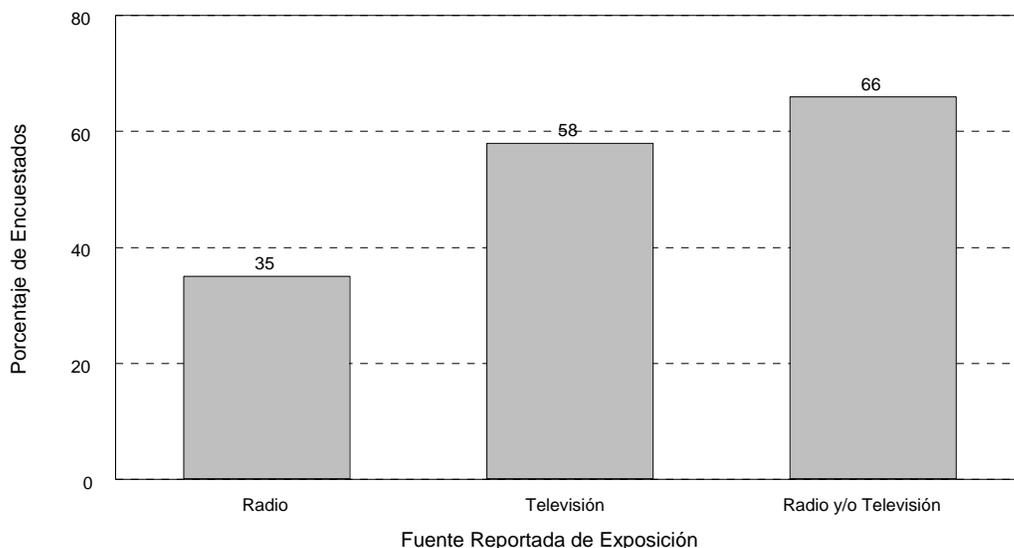
Los sujetos de la encuesta de seguimiento fueron divididos en dos categorías: encuestados con alta exposición a los mensajes de la campaña y encuestados con baja exposición. Esta clasificación de encuestados estuvo basada en el recuerdo de

mensajes. Alta exposición a la campaña (N = 876) se definió como aquellos encuestados que recordaron espontáneamente al menos un mensaje de la campaña y que recordaron con ayuda más del número promedio de mensajes recordados por la audiencia blanco general (7.2 de un total de 12 mensajes). Baja exposición a la campaña (N=950) se definió como aquellos encuestados que no pudieron recordar espontáneamente al menos un mensaje y que recordaron con ayuda 7.2 o menos mensajes.<sup>2</sup> La mayor parte de esta evaluación enfoca en los resultados obtenidos en La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba.

## Recuerdo Espontáneo de Mensajes

Para definir al grupo con alta exposición en la muestra de seguimiento se usó una combinación de recuerdo espontáneo y asistido. El recuerdo de mensajes sugiere un entendimiento más profundo de la campaña, el cual va más allá del mero reconocimiento del logo o de algún segmento de un spot radial o televisivo, a pesar de que el reconocimiento del logo y el recuerdo de los spots también son importantes. El Cuadro 1 muestra el porcentaje de encuestados que pudo recordar en forma espontánea al menos un mensaje radial y/o televisivo de la campaña. En las cuatro ciudades, 58% de los encuestados recordaron al menos un mensaje de la televisión, y un 35% de sujetos recordaron al menos un mensaje radial.

**Cuadro 1.**  
**Porcentaje de Encuestados que Pudieron Recordar Espontáneamente al Menos Un Mensaje de la Campaña,**  
**por Fuente Reportada de Exposición, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
 NOTA: N=2,354

<sup>1</sup> Aproximadamente 6% de los sujetos de la encuesta de seguimiento no pudieron recordar ningún mensaje y fueron codificados como "baja exposición."

Se midió el número y porcentaje de mensajes radiales y televisivos de la campaña que los encuestados recordaron en forma espontánea (ver Tabla 7). El mensaje recordado con más frecuencia fue la planificación familiar, seguido por el mensaje "Obtenga información en centros de salud." El tercer mensaje recordado con mayor frecuencia fue "Obtenga cuidado prenatal," seguido por "La salud reproductiva está en tus manos."

**Tabla 7.**  
**Porcentaje de Encuestados que Recordaron Espontáneamente Mensajes Radiales o Televisivos de la Campaña, Bolivia, 1994**

<b>Mensaje</b>	<b>Radio</b>	<b>Televisión</b>
Planificación familiar	9.7	18.0
"Obtenga información sobre PF en centros de salud"	6.1	11.6
"Obtenga cuidado prenatal"	5.9	7.9
"La salud reproductiva está en tus manos"	5.8	6.7

FUENTE:

JHU/CCP  
Programa Nacional  
de Salud  
Reproductiva de  
Bolivia encuesta de  
seguimiento  
(1994).

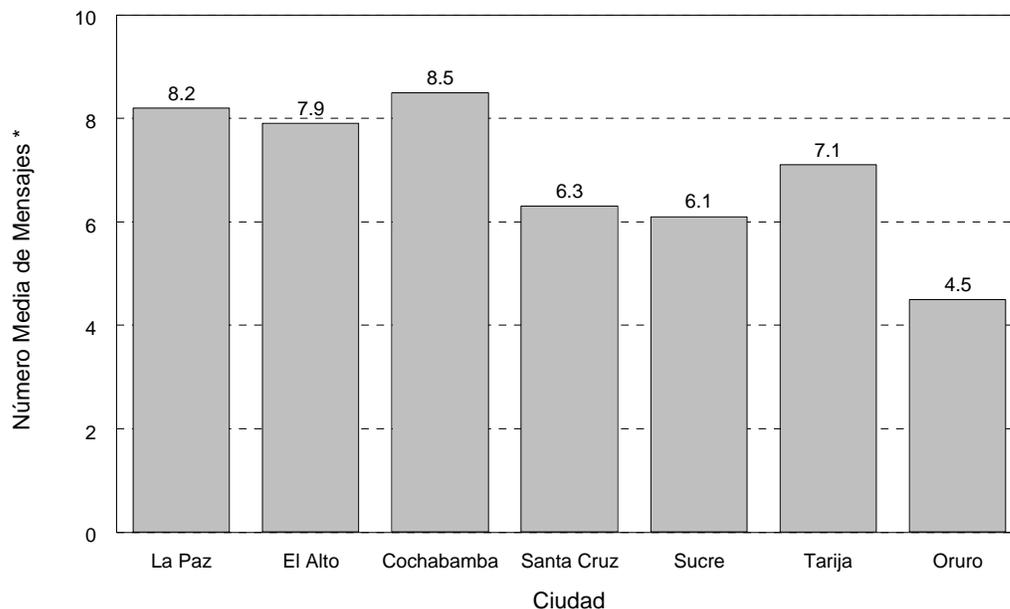
NOTA: N=1,826

El Cuadro 2 muestra el número promedio de mensajes de la campaña que los encuestados recordaron con ayuda, por ciudad de residencia. Las barras representan el promedio de recuerdo asistido de mensajes en cada una de las siete áreas urbanas de Bolivia. Las cuatro ciudades objetivo comprendieron una gran porción de la muestra. También se esperó encontrar en dichas ciudades la mayor difusión de la campaña a través de los medios de comunicación. De un total de 12 mensajes, el número promedio de mensajes recordados fue alto. El bajo promedio de 6.3 mensajes recordados en Santa Cruz sugiere que esta ciudad recibió un volumen de transmisiones de la campaña menor que el esperado. El recuerdo de mensajes en otras tres ciudades—Sucre, Tarija y Oruro—fue bajo debido al menor número de transmisiones en esas áreas. En Tarija, el promedio fue alto (7.1) en relación a Sucre y Oruro. No obstante hubo menos transmisiones en Oruro, es posible que esto se deba a que también hubo menos competencia al existir menor cantidad de opciones de transmisión, esto es menor cantidad de estaciones de radio y TV compitiendo entre sí.

## **Fuentes de Información Sobre Salud Reproductiva**

En el período de 10 meses se dió un incremento significativo de la televisión como fuente de información sobre salud reproductiva, de 24% en la línea de base a más del 60% en la encuesta de seguimiento—un cambio de 36 puntos porcentuales (ver Tabla 8). La radio como fuente de información mostró un incremento de 3.7 puntos porcentuales.

**Cuadro 2.**  
**Número Promedio de Mensajes de la Campaña Recordados con Ayuda, por Ciudad, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTA: N=2,354; incluye hombres y mujeres.

\* Hasta 12 mensajes posibles

**Tabla 8.**  
**Distribución Porcentual de Fuentes Reportadas de Información Sobre Salud Reproductiva, Bolivia, 1994**

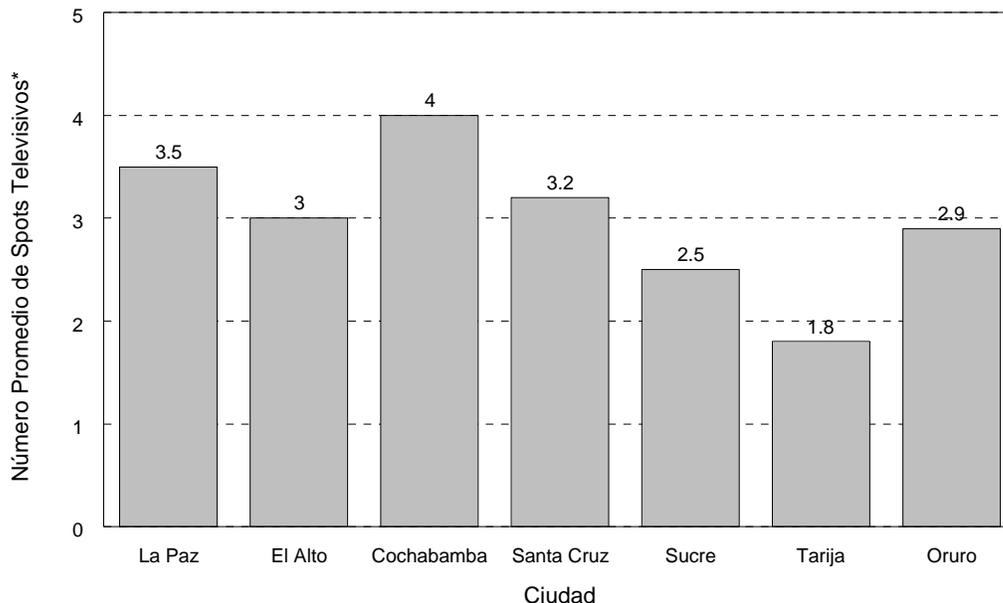
Fuente	Línea de Base (N=2,256)	Seguimiento (N=2,354)	
		Baja Exposición (N=1,406)	Alta Exposición (N=948)
Televisión	24.4	55.7	65.6
Radio	7.2	10.4	11.4
Periódicos	2.3	2.4	0.7
Afiches	7.2	3.5	2.2
Amigos	9.9	6.6	3.7
Otros	25.6	11.2	14.4
No sabe/ No respondió	23.3	10.2	2.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

## Recuerdo de Spots

Para medir el recuerdo asistido de spots televisivos, se mostró a los encuestados un total de 12 fotografías de spots de TV de la campaña. Dos de las fotos eran "ringers" (fotos mostrando escenas similares a las mostradas por la campaña pero no relacionadas con la misma) y otras dos eran escenas de videos producidos para salas de espera de centros de salud. El recuerdo de spots en las cuatro ciudades principales varió de un promedio de cuatro spots en Cochabamba a tres spots en El Alto (ver Cuadro 3). El recuerdo fue sustancialmente bajo en las otras ciudades en las cuales las transmisiones fueron mínimas; no obstante en Oruro, que tiene acceso a un mayor número de transmisiones provenientes de La Paz, los encuestados recordaron un promedio de 2.9 spots.

**Cuadro 3.**  
Número Promedio de Spots Televisivos Recordados con Ayuda, por Ciudad,  
Bolivia, 1994



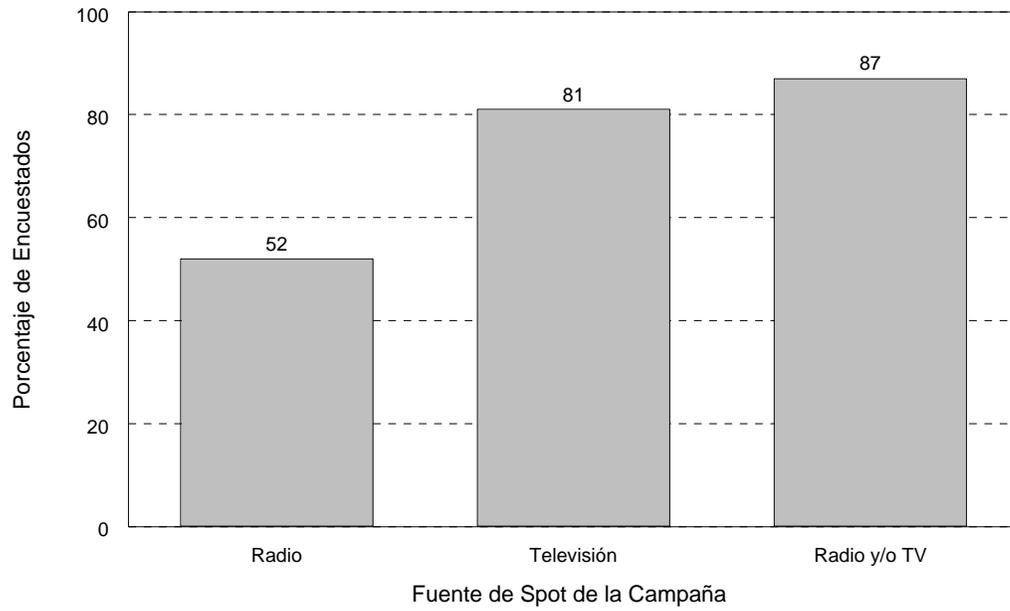
FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTAS: N=2,354

\* 8 spots como máximo

Del total de sujetos de la encuesta de seguimiento, el 87% pudo recordar en forma espontánea un spot televisivo, un spot radial, o ambos (ver Cuadro 4). De este grupo, 81% recordó spots televisivos y 52% recordó spots radiales. Estos datos de exposición y recuerdo indican que una gran porción de la audiencia objetivo fue en efecto alcanzada por la campaña. Los resultados de exposición de la campaña muestran que las cuatro ciudades objetivo—La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba—recibieron el nivel más alto de transmisiones de la campaña.

**Cuadro 4.**  
**Porcentaje de Encuestados que Recordaron Espontáneamente Spots Radiales, Televisivos, o Ambos, Bolivia, 1994**

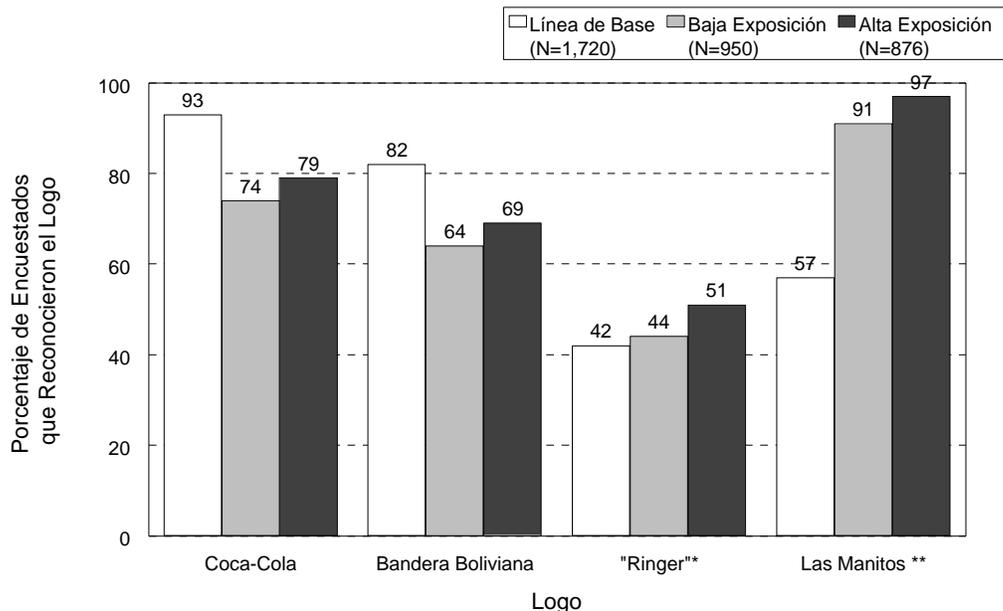


FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
NOTA: N=1,826

## Reconocimiento del Logo

El reconocimiento del logo fue medido de acuerdo a la habilidad de los encuestados para identificar cuatro imágenes que se les mostraron—la bandera Boliviana, el logo de Coca-Cola, el logo de la campaña y el “ringer” (ver Apéndice E). Tal como muestra el Cuadro 5, 97% de los encuestados con alta exposición pudieron reconocer el logo. El logo se usó en materiales impresos antes de la campaña, lo cual permitió que un 57% de encuestados en la línea de base lo pudieran reconocer. Además, el logo se usó en una campaña de mercadeo social lanzada seis meses antes de la campaña. Estos resultados indican que el logo del PNSR es bastante conocido en áreas urbanas de Bolivia, que no necesita ser promovido separadamente, y que se le puede relacionar con una amplia gama de mensajes en campañas futuras sin crear confusión.

**Cuadro 5.**  
Distribución Porcentual de Reconocimiento del Logo, por Exposición,  
Bolivia, 1994



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTAS: \* Logo no existente

\*\* Diferencias de exposición significativas en  $p < 0.01$

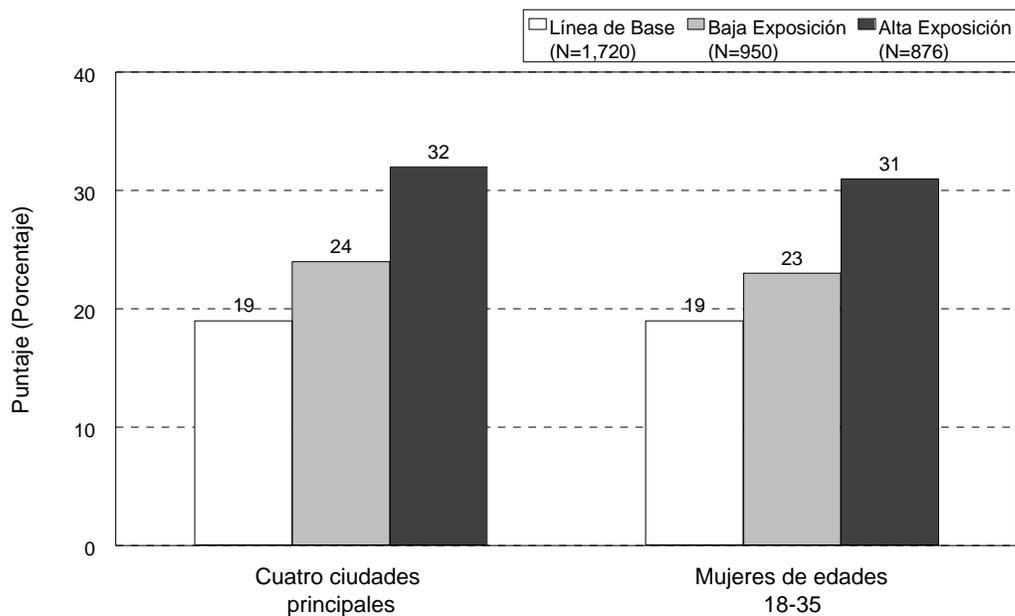
## Conocimiento

**Conocimiento de medidas preventivas de salud.** El énfasis de la campaña del PNSR en la obtención de cuidados con anticipación para evitar problemas posteriores pareció tener un impacto sustancial en el conocimiento de medidas preventivas de cuidados de salud. Se les hicieron tres preguntas a los encuestados:

- *¿Sabe usted qué precauciones debe tomar una madre al quedar embarazada?*
- *En su opinión ¿se debe dar de lactar inmediatamente después del parto o luego de unas horas?*
- *¿Cree usted que durante los primeros seis meses de vida el bebe debe tomar solamente leche materna o se debe introducir otros líquidos?*

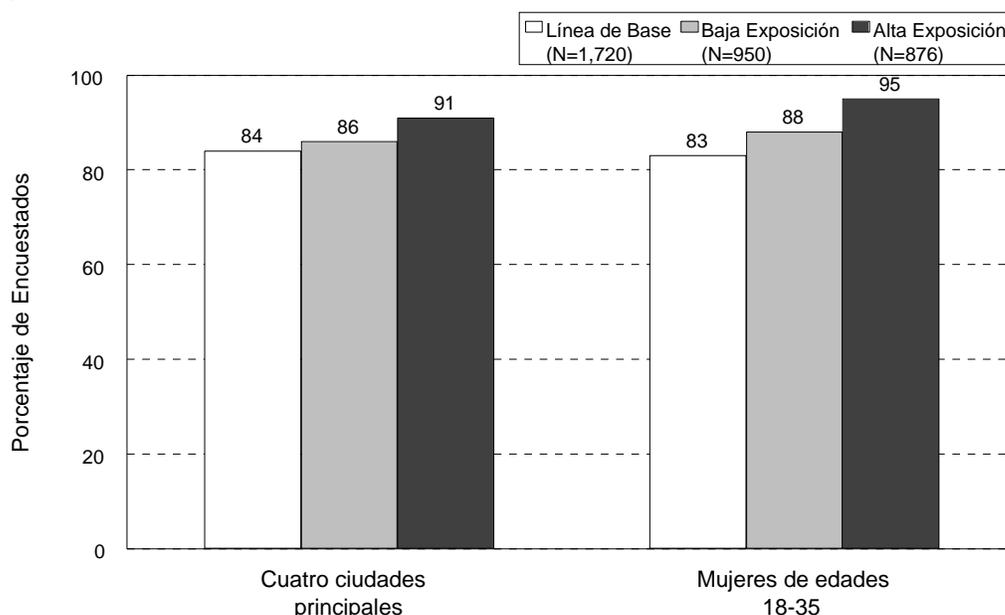
Con el fin de facilitar el análisis, los puntajes obtenidos fueron calculados dividiendo las respuestas correctas entre el número total de preguntas. Se encontró un incremento significativo de puntajes promedio entre la encuesta de línea de base y la de seguimiento. El Cuadro 6 muestra que el puntaje promedio se incrementó de 19% a 32% entre los encuestados con alta exposición en las cuatro ciudades principales. En conclusión, la campaña contribuyó a incrementar significativamente el conocimiento sobre medidas preventivas de cuidados de salud, el cual puede ser incrementado aún más en futuras promociones.

**Cuadro 6.**  
**Puntajes Promedio del Conocimiento de los Encuestados Sobre Medidas Preventivas de Salud Reproductiva, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
 NOTA: Puntajes significativos en  $p > 0.01$

**Cuadro 7.**  
**Porcentaje de Encuestados Conocedores de Algún Método Moderno, por Exposición,**  
**Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTA: Porcentajes significativos en  $p < 0.01$

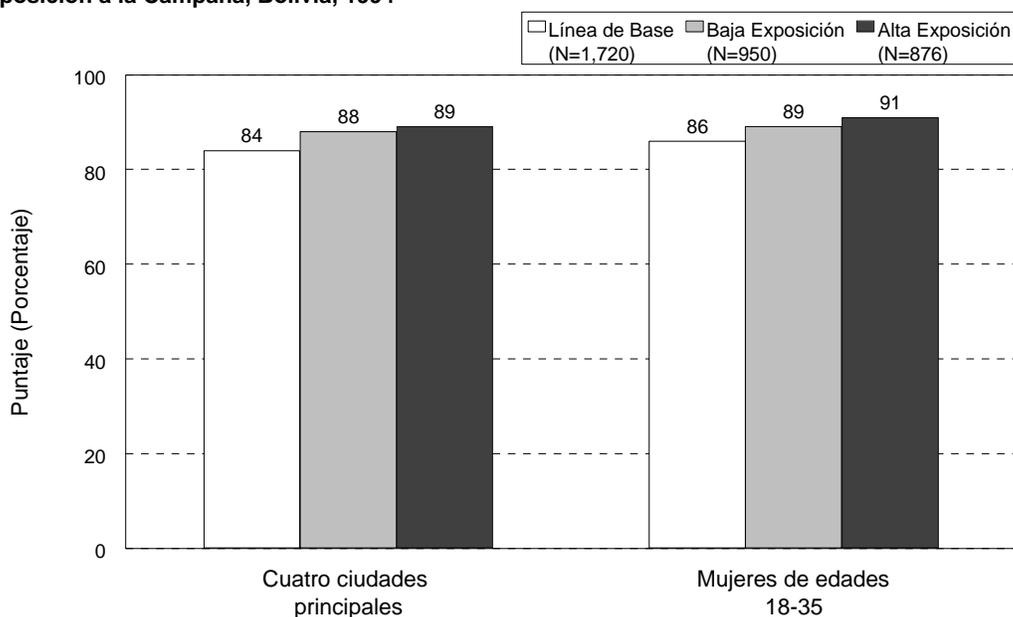
**Conocimiento de métodos de planificación familiar.** En general, el recuerdo espontáneo de por lo menos un método moderno de planificación familiar fue alto (ver Cuadro 7). En las cuatro ciudades principales, el nivel de información sobre métodos entre aquellos con alta exposición se incrementó de 84% en la línea de base a 91% en la encuesta de seguimiento. Entre las mujeres de edades 18 a 35, un 85% de encuestadas en la línea de base y un 95% de las encuestadas con alta exposición pudieron recordar espontáneamente al menos un método.

**Conocimiento detallado de planificación familiar y salud reproductiva.** El conocimiento detallado de planificación familiar se evaluó utilizando una escala de 14 preguntas de tipo verdadero/falso (ver Apéndice F). Los resultados no mostraron incremento entre las dos encuestas. Esto se puede deber en parte a que los spots no fueron diseñados para promover conocimiento detallado durante esta serie de transmisiones. No obstante, aún existe en Bolivia una considerable dimensión de malentendidos y falta de información sobre métodos específicos. Para tratar este asunto adecuadamente en el futuro, los esfuerzos de comunicación necesitan diseminar información correcta sobre anticonceptivos entre el público boliviano.

**Actitudes hacia la salud reproductiva.** Para evaluar las actitudes de los encuestados hacia la salud reproductiva, se les leyó 11 frases actitudinales (el Apéndice G muestra la

lista completa de dichas frases). Las respuestas fueron evaluadas en base una escala de tres puntos, en la cual 1= desacuerdo con la frase actitudinal; 2= indeciso; 3= de acuerdo. Los puntajes fueron calculados dividiendo la sumatoria de puntos entre el máximo número posible de puntos. El Cuadro 8 muestra que los puntajes de línea de base fueron altos, lo cual indica que existía una actitud positiva hacia la salud reproductiva antes de la campaña—el puntaje promedio de línea de base para cada frase fue de 2.54 sobre un total de tres puntos. En las cuatro ciudades principales, los puntajes de línea de base se incrementaron de 84% a 89% entre aquellos con alta exposición. El incremento fue aún mayor entre las mujeres de edades 18 a 35—de 86% a 91%.

**Cuadro 8.**  
**Puntajes Promedio de las Actitudes de los Encuestados Hacia la Salud Reproductiva,**  
**por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



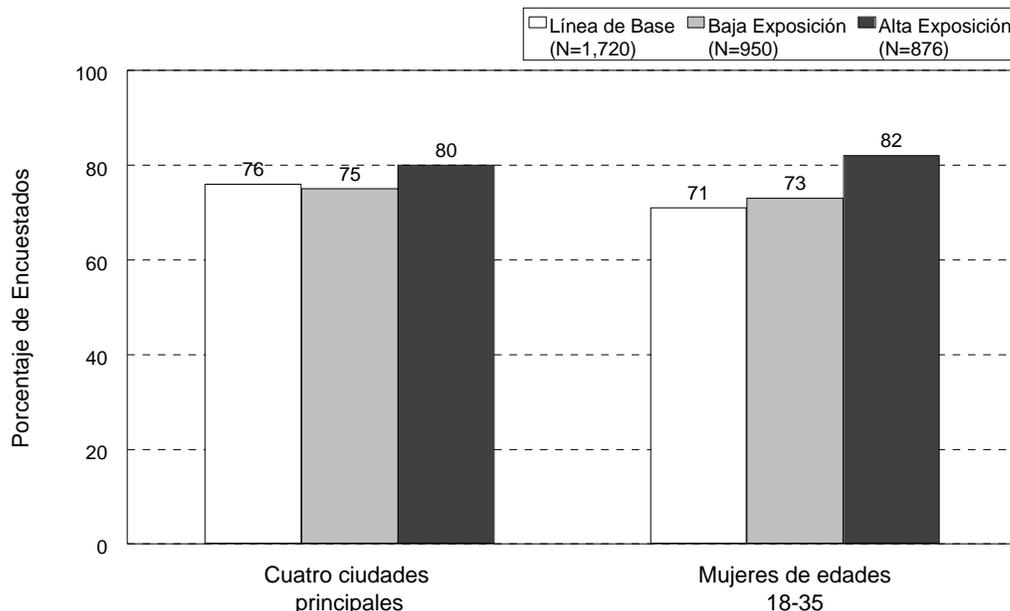
FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
 NOTA: Porcentajes significativos en  $p < 0.01$

## Comunicación

**Comunicación interpersonal.** El nivel de comunicación interpersonal en las cuatro ciudades principales solamente se incrementó de 76% a 80% entre aquellos con alta exposición y de 71% a 82% entre mujeres de edades 18 a 35—ambos incrementos no significativos (ver Cuadro 9). Se les preguntó a los encuestados "¿Con quién ha hablado usted sobre salud reproductiva?" Las opciones incluyeron a la pareja, padres,

hijos, otros parientes, amigos, trabajadores de salud, otros y nadie. Las opciones más frecuentemente seleccionadas fueron: parejas (42%), amigos (13%) y padres (7%).

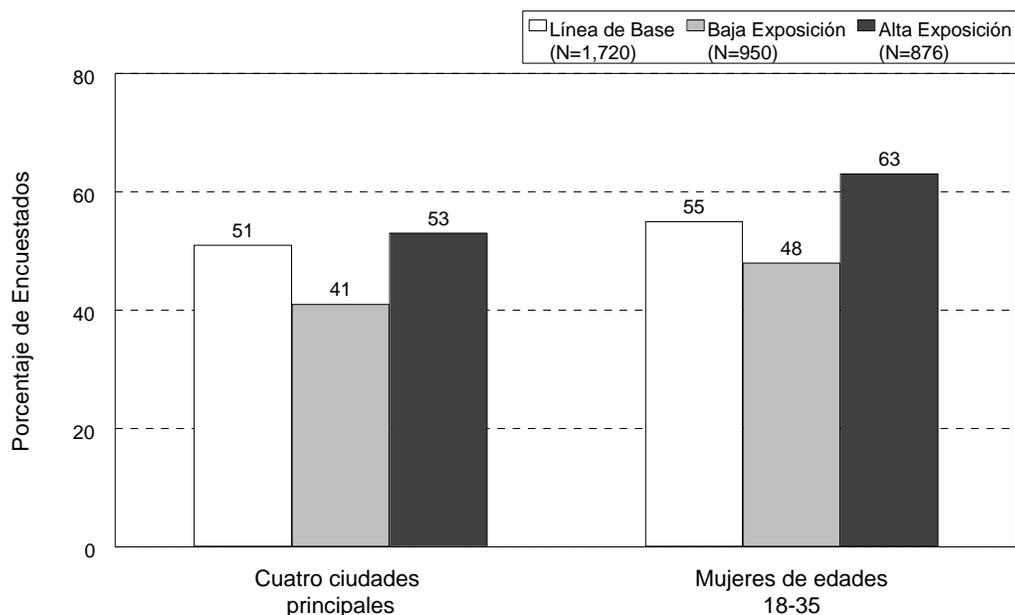
**Cuadro 9.**  
**Distribución Porcentual de Comunicación Interpersonal Sobre Salud Reproductiva, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

**Comunicación con la pareja.** El nivel de comunicación con la pareja no se incrementó significativamente entre la encuesta de línea de base y la de seguimiento (ver Cuadro 10). Aunque la formulación de la pregunta—"¿Conversó con su pareja en los seis meses anteriores?"—puede haber influenciado los resultados, los datos sugieren que los patrones de comunicación entre la pareja no cambiaron como resultado de la encuesta. Existen una serie de posibles razones—las conversaciones sobre reproducción pueden ocurrir pero no con suficiente frecuencia durante el intervalo de seis meses, o las decisiones sobre reproducción pueden no ser "conversadas" sino acordadas informalmente por ambas partes (esposos o convivientes). En todo caso, para conducir estudios en el futuro se necesita desarrollar instrumentos de medición más refinados sobre la comunicación entre la pareja.

**Cuadro 10.**  
**Porcentaje de Encuestados que Discutieron con sus Parejas Sobre Prevención del Embarazo en los Seis Meses Anteriores, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

**M**

## **otivación para Buscar Servicios de Salud Reproductiva**

Se hizo un esfuerzo para determinar el efecto de la campaña en las fuentes de motivación para buscar servicios de salud reproductiva entre aquellos sujetos de la encuesta de seguimiento que reportaron haber buscado servicios en los seis meses anteriores. Las opciones de fuentes incluyeron la televisión y radio (27.8%), amigos y parientes (16.2%), uno mismo (39.4%) y doctor u otro trabajador de salud (14.0%) (ver Tabla 9). Un alto porcentaje reportó "uno mismo" como la fuente de motivación, quizás debido a que el slogan principal de la campaña, "la salud reproductiva está en tus manos," estimuló a la gente a tomar responsabilidad personal por su salud reproductiva.

**Tabla 9.**  
**Porcentaje que Busca Servicios de Salud Reproductiva,**  
**por Fuente de Motivación. Bolivia. 1994**

Fuente de Motivación	Porcentaje
Uno mismo	39.4
Televisión/Radio	27.8
Amigo/Pariente	16.2
Doctor/Otro trabajador de salud	14.0
No se aplica/No sabe/No respondió	2.0

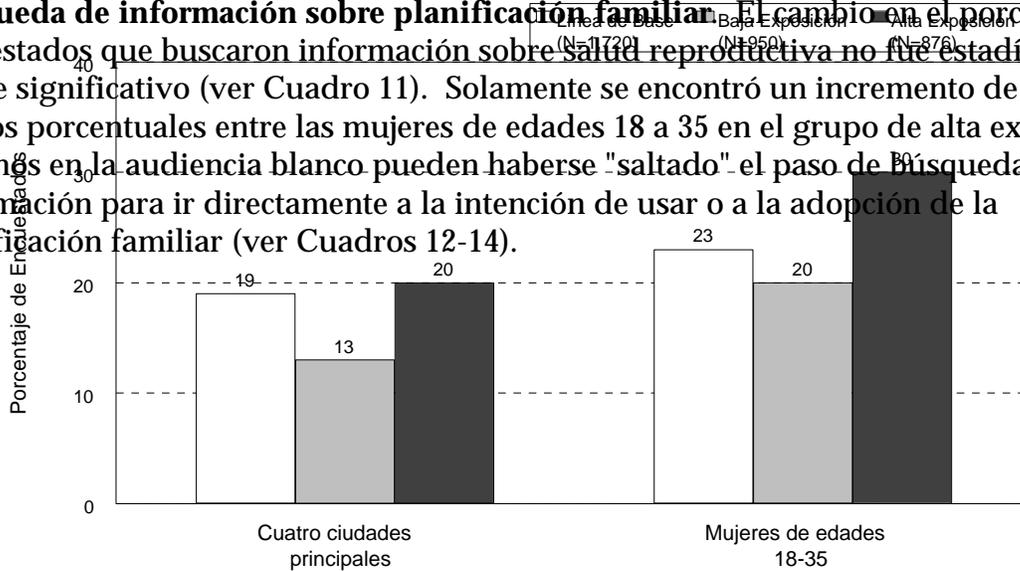
FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTA: N=345; aquellos que reportan haber buscado servicios en los seis meses anteriores.

**Práctica 14**

Porcentaje de Encuestados que Buscan Información Sobre Planificación Familiar, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994

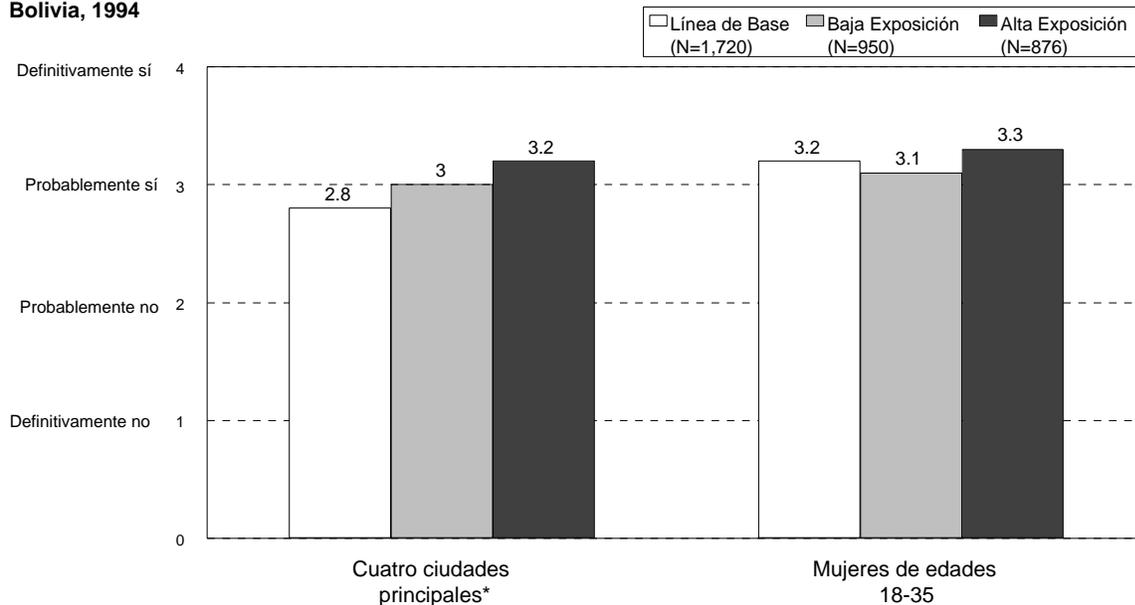
**Búsqueda de información sobre planificación familiar.** El cambio en el porcentaje de encuestados que buscaron información sobre salud reproductiva no fue estadísticamente significativo (ver Cuadro 11). Solamente se encontró un incremento de siete puntos porcentuales entre las mujeres de edades 18 a 35 en el grupo de alta exposición. Algunos en la audiencia blanco pueden haberse "saltado" el paso de búsqueda de información para ir directamente a la intención de usar o a la adopción de la planificación familiar (ver Cuadros 12-14).



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

**Intención de usar o continuar usando un método.** Se les preguntó a los encuestados si es que tenían intención de usar o de continuar usando un método de planificación familiar en el futuro. La intención de empezar o de continuar el uso de un método de planificación familiar fue medida utilizando una escala de cuatro puntos, en la cual: 1=

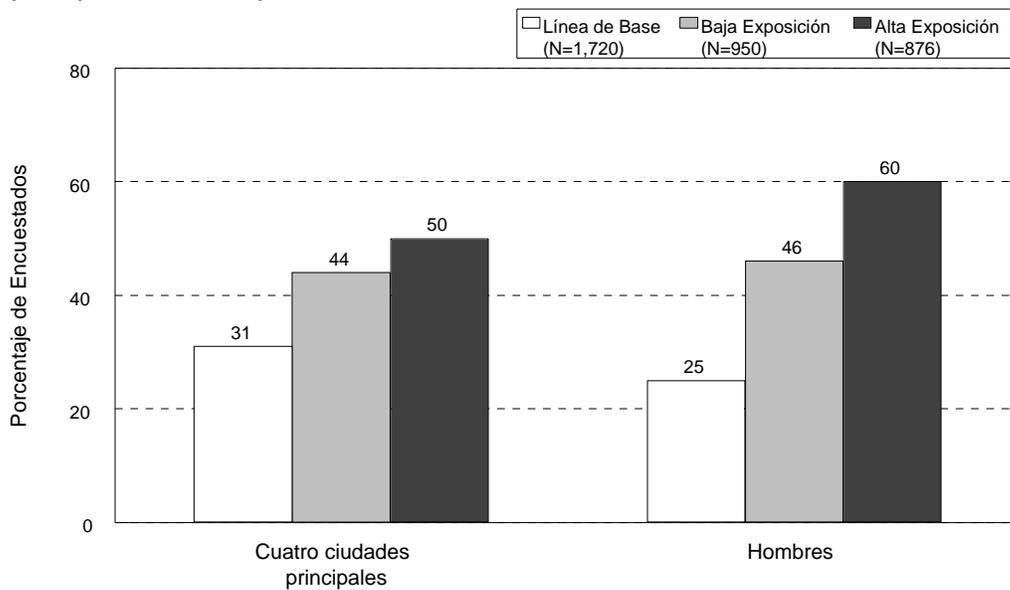
**Cuadro 12.**  
Escala de Intención para Usar la Planificación Familiar, por Exposición a la Campaña,  
Bolivia, 1994



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
NOTA: \* Puntajes significativos en  $p < 0.01$

2= probablemente no; 3= probablemente sí; y 4= definitivamente sí. El Cuadro 12 muestra que el nivel de intención de usar o continuar usando un método anticonceptivo se incrementó significativamente entre la encuesta de línea de base y la de seguimiento entre los sujetos de las cuatro ciudades principales. No obstante, la intención de uso sólo se incrementó moderadamente entre las mujeres de edades 18 a 35, posiblemente debido a sus niveles relativamente altos de intención de uso al momento de la encuesta de línea de base. El porcentaje de hombres en las cuatro ciudades principales quienes respondieron "definitivamente sí" se incrementó significativamente de 25% en la línea de base a 46% en el grupo de baja exposición y a 60% en el grupo de alta exposición (ver Cuadro 13).

**Cuadro 13.**  
**Porcentaje que Declaró Intención de Comenzar o Continuar el Uso de Métodos Anticonceptivos en el Futuro, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



**N  
ue  
vo  
s  
ad  
op  
ta  
nt  
es  
de  
pl  
an  
ifi**

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
 NOTA: Porcentajes significativos en  $p < 0.01$

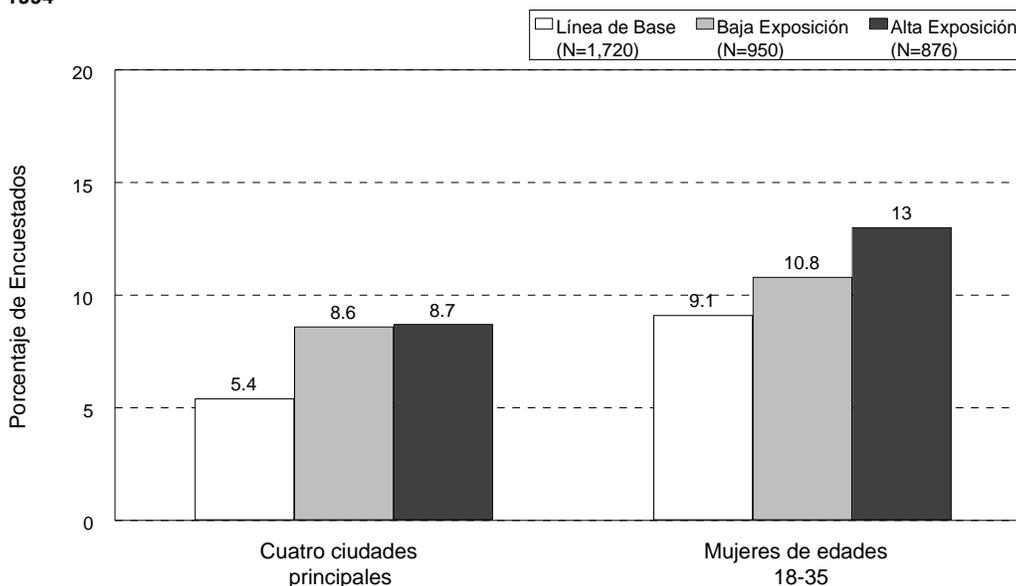
**cación familiar.** Se definió a los "nuevos adoptantes de planificación familiar" como aquellas personas que empezaron a usar un método de planificación familiar durante los ocho meses anteriores a las encuestas, entre todos los encuestados. El porcentaje de nuevos adoptantes de planificación familiar se incrementó de 5.4% a 8.7% entre aquellos con alta exposición a la campaña—un incremento de 3.3 puntos porcentuales. Este incremento se traduce en un incremento de 61% en la tasa de adopción auto-reportada de planificación familiar. Los mayores incrementos en el número de nuevos adoptantes ocurrieron en El Alto (6.7 puntos porcentuales) y en La Paz (6.2 puntos porcentuales). En Cochabamba se reportó un incremento de 3.5 puntos porcentuales mientras que en Santa Cruz se halló un pequeño decline (-2.1 puntos porcentuales).

**Tabla 10.**  
**Porcentaje de Nuevos Adoptantes de Planificación Familiar, por Ciudad, Bolivia, 1994**

Ciudad	Línea de Base (N=1,720)	Seguimiento (N=1,824)	Cambio Porcentual
El Alto	3.0	8.7	+6.7
La Paz	3.3	9.5	+6.2
Cochabamba	4.7	7.2	+3.5
Santa Cruz	10.7	8.6	-2.1

FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

**Cuadro 14.**  
**Porcentaje de Nuevos Adoptantes de Planificación Familiar,\* por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).

NOTAS: \* Se consideran como nuevos adoptantes de planificación familiar a aquellas personas que empezaron a usar la planificación familiar durante los ocho meses anteriores.

\*\* Porcentajes significativos en  $p < 0.01$

## Capítulo IV. Conclusiones e Implicaciones

La campaña llegó a una audiencia de más del 86% de la población urbana boliviana. Se usó el planeamiento estratégico en cada una de las etapas de desarrollo de la campaña: estudio de audiencia, diseño de mensajes, producción y programación de la difusión de medios. El primer paso para una exitosa campaña de comunicación es el poder alcanzar un nivel de alta exposición entre la audiencia objetivo.

La campaña efectivamente produjo cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas de salud reproductiva. Los efectos más notables de la campaña se manifestaron en el incremento de:

- Reconocimiento del logo,
- Conocimiento de medidas preventivas sobre salud reproductiva,
- Información sobre planificación familiar,
- Actitudes positivas hacia la salud reproductiva,
- Comunicación interpersonal sobre planificación familiar,
- Intención de practicar la planificación familiar entre hombres, y
- Tasa reportado de nuevos adoptantes de planificación familiar.

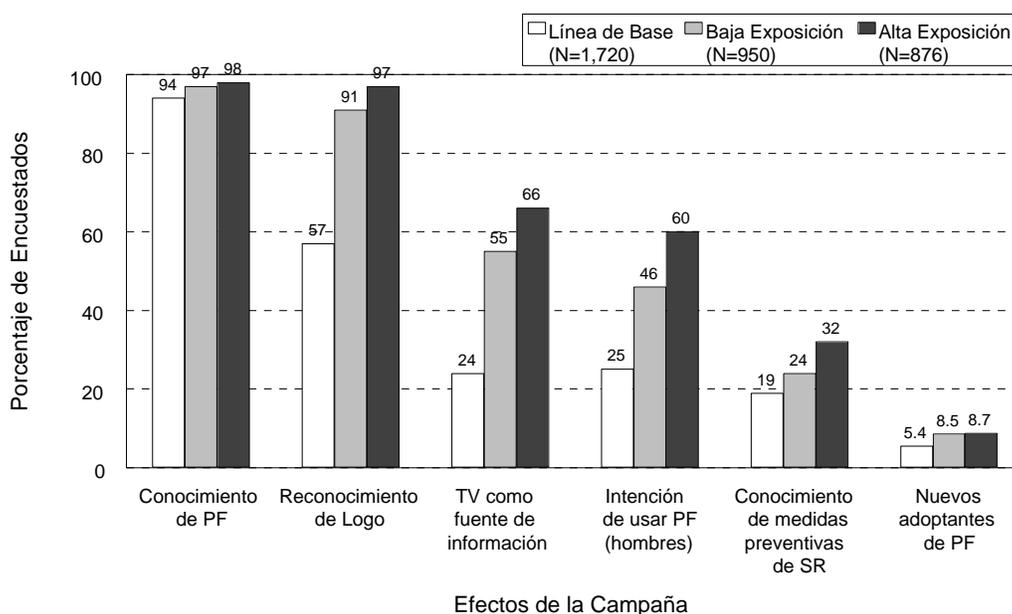
La campaña del PNSR incrementó el nivel de información sobre planificación familiar, el reconocimiento del logo de salud reproductiva y el conocimiento sobre medidas preventivas de salud reproductiva. Aunque la encuesta de línea de base reportó que los niveles de información y comunicación interpersonal eran relativamente altos y las actitudes favorables, aún así se logró producir incrementos. En estas áreas, los niveles de intención de uso y de adopción reportada de planificación familiar también se incrementaron como resultado de la campaña. El PNSR también fue exitoso en producir incrementos en otras áreas de conocimiento, actitudes y prácticas relacionados a la salud reproductiva.

Los siguientes resultados se obtuvieron comparando los datos de línea de base con aquellos obtenidos en la encuesta de seguimiento entre los sujetos con alta y baja exposición (ver Cuadro 15):

- **La información** sobre por lo menos un método moderno de planificación familiar se incrementó de 94% a 97% (en el grupo de baja exposición) y a 98% (el grupo de alta exposición);
- **El recuerdo del logo "Las Manitos"** se incrementó de 57% a 91% entre los encuestados con baja exposición y a 97% entre aquellos con alta exposición;

- **La televisión como fuente de información sobre salud reproductiva** se incrementó de 24% a 55% entre los encuestados con baja exposición, y a 66% entre aquellos con alta exposición;
- **La intención de usar métodos de planificación familiar** mostró uno de los mayores incrementos entre los hombres. El porcentaje de hombres que respondieron "definitivamente sí" a la pregunta si es que pensaban comenzar o continuar usando algún método en los siguientes seis meses, se incrementó de 25% (línea de base) a 60% (seguimiento) entre aquellos con alta exposición;
- **El conocimiento de medidas preventivas de salud reproductiva** se incrementó de 19% a 24% entre los encuestados con baja exposición, y a 32% entre aquellos con alta exposición;
- **Los nuevos adoptantes de planificación familiar** se incrementaron significativamente de 5.4% en la encuesta de línea de base a 8.5% entre los encuestados con baja exposición y a 8.7% entre aquellos con alta exposición en la encuesta de seguimiento.

**Cuadro 15.**  
**Distribución Porcentual en la Jerarquía de Efectos de la Campaña, por Exposición a la Campaña, Bolivia, 1994**



FUENTE: JHU/CCP Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia (1994).  
 NOTA: Porcentajes significativos en  $p < 0.01$

E  
s  
t  
o

representa un incremento de 61% en la tasa reportada de adopción de planificación familiar. Las mujeres incrementaron su tasa reportada de adopción de planificación familiar de 9.1% a 13%—un incremento de 43%.

El diseño de la evaluación permitió a los encargados del proyecto analizar el impacto de la campaña, medir los cambios producidos, y determinar su significación estadística. Ya que la evaluación se concibió como parte del diseño mismo del proyecto, un investigador estuvo trabajando con el personal del programa a todo lo largo del proceso de planeamiento y desarrollo de la campaña.

El posicionamiento de la planificación familiar dentro del contexto mayor de la salud reproductiva mostró ser muy efectivo para atraer la atención de la audiencia y para motivar la aceptación de los mensajes de la campaña. Esta aproximación a la salud reproductiva también recibió apoyo político. La campaña fue lanzada personalmente por el presidente de Bolivia, Sanchez de Lozada, y por el Ministro de Salud, Joaquín Monasterio, quienes figuraron en los primeros spots radiales y televisivos. A diferencia de la planificación familiar *per se*, la salud reproductiva no es vista como un tema controversial en Bolivia. Por el contrario, es un elemento principal de la estrategia del gobierno para reducir los niveles de mortalidad materno-infantil, lo cual también permite una fácil expansión de esta aproximación a otras áreas geográficas del país.

Aún existe un nivel de malentendidos sobre los detalles de algunos métodos de planificación familiar. Aunque el incremento de conocimiento detallado sobre métodos de planificación familiar no fue un objetivo de esta campaña, los programas de comunicación deben enfocar en este asunto en el futuro.

Como hemos señalado antes, los spots radiales también fueron producidos y transmitidos en Quechua y Aymara, además de dos dialectos del castellano. El uso de idiomas indígenas parece haber representado un factor clave en la campaña. Los hablantes de idiomas indígenas tuvieron niveles de exposición a la campaña equivalentes a los de hablantes del castellano. También se debe notar que se encontró una asociación positiva entre la exposición a los mensajes en Aymara y el nivel de recuerdo de mensajes entre la población Aymara. Entre la población Quechua no se pudo observar el mismo tipo de asociación.

## **Implicaciones para Futuros Esfuerzos**

Los resultados positivos de esta evaluación constituyen un fuerte argumento para la expansión de la campaña a otras áreas urbanas que no fueron expuestas o que recibieron poca exposición a la campaña. Aunque los niveles de exposición y recuerdo de mensajes fueron altos en áreas urbanas densamente pobladas como La Paz, El Alto y Cochabamba, dichos niveles fueron más débiles en otras regiones de Bolivia.

Asimismo, los niveles de entendimiento correcto de la planificación familiar y la anticoncepción aún se mantienen bajos, mientras que los malentendidos y la falta de información son bastantes comunes. Las futuras actividades de comunicación deben tratar de llenar dichos vacíos. La reutilización de los spots existentes puede ser de utilidad para cualquier futuro esfuerzo.

Los resultados de la evaluación también sugieren la necesidad de conducir más investigación sobre comunicación entre parejas. La comunicación entre esposos/convivientes parece no haber jugado un rol decisivo en el proceso de adopción de la planificación familiar entre las mujeres bolivianas. Se necesita realizar más investigación cualitativa para identificar los beneficios y las barreras percibidas en cuanto a la adopción de métodos de planificación familiar y otras prácticas de salud reproductiva. En el futuro se podrían usar nuevas preguntas para mejorar la medición de la variable comunicación entre parejas. Estas preguntas deben permitir un mejor análisis de la naturaleza y las dimensiones de esta aparente falta de comunicación entre parejas.

Los resultados también señalan la importancia de los hombres como audiencia objetivo de mensajes de salud reproductiva. La evaluación de impacto sugiere que el incremento del nivel de intención de uso de métodos de planificación familiar fue más alto entre los hombres que entre las mujeres. Por ende, los hombres deben seguir siendo un foco principal en los programas de investigación y mensajes motivacionales.

Los medios masivos pueden ser un vehículo efectivo para tratar asuntos delicados como el aborto. El spot del PNSR sobre el aborto generó el nivel más alto de recuerdo entre la audiencia objetivo. Ya que el spot comunicó el mensaje de que el uso de la planificación familiar puede evitar un embarazo no deseado, y por tanto un aborto, esta aproximación fue consistente con los esfuerzos del gobierno para combatir los abortos en condiciones de riesgo como la causa principal de la mortalidad materna. Esta aproximación a la "salud de la mujer" no estuvo en conflicto con intereses éticos o religiosos opuestos al aborto.

La campaña del PNSR generó demanda de servicios de salud reproductiva. La evaluación muestra que un gran segmento de la audiencia objetivo ha desarrollado una actitud positiva hacia la salud reproductiva e intenta usar servicios de salud reproductiva. Los proveedores privados y públicos enfrentan ahora el reto de responder a esta demanda y por tanto necesitan facilitar el acceso a servicios de calidad; asimismo, con el fin de satisfacer el incremento de demanda de servicios, se debe proveer información a los clientes para así poder incrementar la toma de opciones informadas.